

# 韓国の長期療養保険制度の現状と動向

上 田 姫 恩

キーワード：高齢者福祉，長期療養保険制度，韓国，介護問題

- I 序論
- II 長期療養保険制度が韓国社会に与える影響
- III 長期療養保険制度の実際と運営実態
- IV 韓国の長期療養保険制度の社会的合意と価値
- V 結論

## I 序論

韓国は2000年に高齢者人口が7%以上になる高齢化社会に入った。2017年には高齢者人口が14%以上になる高齢社会に、2023年には高齢人口が21%以上になる超高齢社会に突入すると予測されている。これから41年後の2050年には高齢人口比率が34.4%になり世界で前例を見ない超高齢国家になると推測されている（統計庁，2006）。高齢人口の急速な増加は，すなわち長期療養を必要とする高齢者数の急速な増加を意味する。韓国では従来，老親を家族が介護する習慣がみられた。高齢化に伴う介護期間の長期化は，高齢者介護に対する家族の負担が増大することを意味しており，高齢者の社会的介護サービス体制の確立が社会的な関心事となっていた。このような韓国特有の社会的背景に押された形で，2008年7月から老人長期療養保険制度がスター

トした。

本研究は韓国の老人長期療養保険制度が韓国社会に与える影響について、老人長期療養介護保険制度の導入背景、その必要性を具体的に言及しながら老人長期療養保険制度が施行されたこの1年間の評価を通じて長期療養保険制度の社会的効果と政策課題を概観することにある。

## II 長期療養保険制度が韓国社会に与える影響

### 1 長期療養保険制度の導入背景

2008年7月1日から本格的に施行された老人長期療養保険制度<sup>1)</sup>は高齢・老人性疾病による長期療養給付を社会的連帯原理により提供する社会保険制度をいう<sup>2)</sup>。高齢化の進展によって、認知症や脳血管障害などの疾病に罹患する高齢者が増えてきている。療養介護を必要とする高齢者が増加する一方で、核家族化の進展や女性の社会参加機会の増加によって家族形態に変化をきたしている。社会、家族形態の変化を背景として、療養介護期間の長期化などによる家族内での介護はもはや限界に達している。

高齢者福祉と関連して長期療養保険制度が導入された背景および必要性を次に述べる。都市化、産業化、核家族化、少子化を特徴とする現代社会は急速な社会発達と共に高齢化問題に直面した。1960年代以降高齢人口は増加し続け1990年代の65歳人口比率は5.1%から2007年の9.9%に急激に増加し2010年には11%、2030年には24.3%を超え超高齢化時代<sup>3)</sup>に入ると予測されてい

---

1) 国民健康保険は認知症、中風など疾患の診断及び入院外来治療、リハビリ治療などを目的として主に病・医院及び薬局で提供されるサービスを給付対象にする半面老人長期療養保険は認知症・脳血管障害の老化及び老人性疾患などによる一人の力では日常生活を持続出来ない対象者に療養施設・在宅長期療養機関を通じて身体活動または家事支援などのサービスを提供する制度出会う点から違いがある。

2) <http://www.longtermcare.or.kr>. 2009年4月11日検索。

3) 高齢化社会の分類 (UN) によると高齢化社会 (aging society) は全体人口中65歳以上人口比率が7%以上から14%未満の社会を言い高齢社会 (aged society) は全体人口中65歳以上人口比率が14%以上～20%未満の社会をいう。そして超高

る。韓国は全世界で前例を見ないほど早いスピードで高齢化が進行している。そのような点からも長期療養保険制度の導入が何より必要であったと言える。

世界各国の例を挙げるとフランスの場合、高齢化社会から高齢社会に到達するのに115年を要し、高齢社会から超高齢社会に到達するのに39年がかかると推定されている。アメリカの場合は高齢化社会から高齢社会に至るのに73年がかかり、高齢社会から超高齢社会に変化するのに21年もかかると推定されている。日本の場合、高齢化社会から高齢社会に24年かかり高齢社会から超高齢社会に到達するのに12年もかかると推定されている。韓国の場合は高齢化社会から高齢社会に移行するのに18年かかり、高齢社会から超高齢社会に移行するのに8年しかかからないと予想されている（表1、表2および表3）。韓国の人口高齢化速度は世界が経験していない急速な高齢化のスピードであることがわかる。

韓国は高齢者の増加に伴い、高齢者の四苦労と表現される疾病、孤独、無為、貧困などの問題が深刻に発生しており、また、認知症、脳血管障害などの老人性疾病で療養を必要とする高齢者人口も急速に増加する傾向にある。

表1 年齢層別人口および構成比の推移

(単位：千名, %)

	1980年	1990年	1997年	2000年	2007年	2010年	2020年	2030年
総人口	38,124 (100%)	42,869 (100%)	45,954 (100%)	47,008 (100%)	48,456 (100%)	48,875 (100%)	49,326 (100%)	48,635 (100%)
0～14歳	12,951 (34.0%)	10,974 (25.6%)	10,233 (22.3%)	9,911 (21.1%)	8,734 (18.0%)	7,907 (16.2%)	6,118 (12.4%)	5,525 (11.4%)
15～64歳	23,717 (62.2%)	29,701 (69.3%)	32,791 (71.4%)	33,702 (71.7%)	34,912 (72.0%)	35,611 (72.9%)	35,506 (72.0%)	31,299 (64.4%)
65歳以上	1,456 (3.8%)	2,195 (5.1%)	2,929 (6.4%)	3,395 (7.2%)	4,810 (9.9%)	5,357 (11.0%)	7,701 (15.6%)	11,811 (24.3%)

出典：統計庁、『将来人口推定』, 2006.

齢社会 (super-aged society) は全体人口中65歳以上人口比率が20%以上の社会をいう。

表2 各国の高齢者比較

国別	高齢社会到達年度			増加所要年数	
	高齢化社会	高齢社会	超高齢社会	7→14%	14→20%
フランス	1864 年	1979 年	2018 年	115 年	39 年
アメリカ	1942 年	2015 年	2036 年	73 年	21 年
イギリス	1929 年	1976 年	2020 年	47 年	44 年
ドイツ	1932 年	1972 年	2009 年	40 年	37 年
日本	1970 年	1994 年	2006 年	24 年	12 年
韓国	2000 年	2018 年	2026 年	18 年	8 年

出典：保健福祉部,2006年11月.

表3 主要国の高齢扶養比率の推移及び展望

(単位：%)

区分	1980 年	1990 年	2000 年	2030 年	2050 年
韓国	6.1	7.4	10.0	37.3	69.4
米国	16.9	18.9	18.6	32.9	34.9
日本	13.4	17.2	25.2	51.7	71.3
イギリス	23.5	24.1	24.1	40.1	47.3
フランス	21.9	21.3	24.5	39.8	46.7
OECD 平均	18.0	18.8	20.6	37.5	48.9

出典: OECD, 2008. Economic Outlook.

このような現象は高齢者の社会的役割の喪失と収入減少といった事態を引き起こし、高齢化と関連した深刻な社会問題を発生させることになるだろうと予測している（チェソンゼ，2002）。

2030年になると韓国の高齢扶養<sup>4)</sup>比率は37.3%で OECD 国家の平均高齢扶養比率の37.5%に近づく。2050年になると韓国の高齢者扶養比率は69.4%に増加し、これは OECD 国家の平均高齢扶養比率48.9%を20ポイント以上上

4) 高齢医療費は65歳以上高齢者に対する療養給付金と本人負担金と公団負担金の合計。

回ることになる。表4に示すように全体医療費に占める高齢医療費比率が急速に増加していることがわかる。

このような高齢者の増大に伴う高齢扶養費及び高齢医療費の支出増大は中流・庶民層の家庭不安を増大させ認知症老人殺害事件、老人遺棄事件、家庭破綻などの事例へと発展して社会問題となっている。また、基層受給高齢者<sup>5)</sup>と高所得層家庭を除く庶民層家庭が利用出来る施設が非常に不足しており、かつ、有料療養施設、療養病院などの有料施設の利用額も月額100万～250万ウォンと、庶民層にとって費用負担が重い、このことから長期療養保険制度の導入は必要不可欠であった（チャンゼヒョク、2008）。

長期療養保険制度は急速な高齢化過程にある韓国の老後の生活の質を改善してくれるだけではなく、社会的にも家族の高齢者の扶養負担をかなりの程度に軽減してくれるものであると期待されている。さらに、家族、親類などの血縁による扶養から外れた高齢・認知・脳血管障害などの高齢者の長期介護、長期療養問題を社会制度に基づいて支えることに意味がある。これによって、これまで高齢者サービスの主たる対象とはならなかった一般市民にも療養サービスの選択権を保証することになる。韓国の老人福祉法は社会法に属

表4 全体医療費と高齢医療費（65歳以上医療費）の推移

（単位：億ウォン）

	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	前年対比 増減(率)
全体医療費(A)	178,195	190,606	205,336	223,559	247,968	285,580	15.2%
高齢医療費(B)	31,681	36,811	43,723	51,364	60,556	73,931	22.1%
比率(B/A×100)	17.8	19.3	21.3	23.0	24.4	25.9	1.5%

出典:健康保険審査評価院,『健康保険審査評価統計年報』,2001年～2003年,

『2004年健康保険審査統計指標』,『2005年～2006年健康保険統計指標』.

5) 日本で言う生活保護受給者である。

しており、高齢者の健康維持、老後生活安定を通じて老人保健福祉増進に寄与することを目的に制定された法律である。このような老人福祉法制に関連して老人保健の法的基盤になる法律として低出産・高齢社会基本法がある。

これらの法律の制定によって韓国は高齢者問題解決の為の保健福祉、人口、雇用、教育、金融、文化、産業などの老人福祉全般に関する総合的な法整備を行い、国家の高齢者福祉責任をより強化した。

2006年12月高齢親和産業（シルバー産業）の基盤整備が行われ、高齢親和製品（シルバー製品）及びサービスの品質向上など高齢親和産業（シルバー産業）を体系的に育成する法的基盤が備えられた。また2007年8月には老人長期療養保険が制定され、2008年7月から本格的な法の施行が行われ、韓国の社会保険体制を構築されたと言える。この一連のプロセスを経て、韓国はドイツ、日本に続いて老人長期療養関連保険を持つ国家となった。

## 2 韓国長期療養保険制度の展開過程

老人長期療養保険制度に対する論議は2001年8月15日大統領慶祝詞で老人療養保障制度導入が提示され、その後2002年に大統領公約事項にあげられたことにより、本格的に行われることになった。2003年3月から「公的老人療養保険推進企画団」が設置・運営され、2004年3月に「公的老人療養保障制度実行委員会」が設置され、老人療養保障制度で準備体系が構築された。前記の実行委員会において老人療養制度を社会保険方式で運営することが提案され、2005年7月に老人療養保障法草案が発表された。当時の法案は「老人スバル保障法」<sup>6)</sup> という名称で保険者を国民健康保険公団が管理し「老人スバル保障評価管理院」を新設して専門的な業務を遂行することとなっていた。2005年10月に立法を公示し、法の名称が「老人スバル保険法」に変更さ

---

6) スバルとは「助けが必要な人に対して、その人の手足となって助けること」の意の韓国語（『月刊福祉』2007年12月号～2008年2月号、「韓国における介護保険制度の創設」）

れ（[www.longtermcare.or.kr](http://www.longtermcare.or.kr) 2009. 4. 12）2006年1月にはスバル評価院の設置が白紙化された状態で法案が上官の承認を受けることとなった。企画予算所、次官会議を経て2006年2月7日国務会議で可決され、「老人長期療養保険法」の名称で4月2日国会を通過することとなった。2007年4月27日老人長期療養保険法案が公表されて、「第1段施行規則」を2007年10月1日から施行することとし、「第2段施行規則」は2008年1月に施行を公表して2008年7月1日から老人長期療養保険法が本格的に施行された（カンインオク、2007）。

国民健康保険公団は2005年3月に「老人スバル保険施行準備団」を発足し、3回にわたって試験事業を施行した。この過程で試験事業のスバル管理人もしくは療養保護師<sup>7)</sup>の育成、サービス提供期間などの関連プログラムを開発し運営するなどして、関連実務が円滑に運営される管理体系を構築していった。第1次試験事業（2005年7月～2006年3月）は6箇所市君区<sup>8)</sup>の65歳以上基層生活保障受給高齢者<sup>9)</sup>を対象にカンジュウ南区・カンルン・スウォン・ブヨ・アンドン・北チェジュで実施された。同時に評価判定の基準と手順、費用審査、支払い体系などの細部運営体系の技術的な部分の検証が行われ、1～5等級2,050名がサービスを受けた（カンインオク、2007）。2次試験事業（2006年4月～2007年4月）は釜山北区と全羅南道ワンド地域を追加した8箇所市君区の65歳以上を対象に実施された。この事業では、1～3等級に該当する重症以上の対象者に各種サービスの提供が行なわれ、本事業と類似な形態の運営体系全般などを検証した。そして3次試験事業は仁川ブポヨン区・テグ南区・青洲・イクサン・ハトンを追加して13箇所市君区65歳の高齢者を対象として実施された（ソンウドンク、2008）。

制度企画当初は制度運営を社会保険方式にするか、租税方式とするかといっ

---

7) 日本の介護福祉士と同様

8) 日本の市町村と同様

9) 日本で言う生活保護受給者である。

た最も根本的な問題の検討から始まり、制度の効率性、公平性、サービスの質、既存の社会保障制度との整合性に関する論議が継続され、財源調達方式など専門家を通じた意見聴取が始まった。2004年当時、保健福祉部傘下の公的老人療養保障企画推進団から社会保険方式と租税（公洪扶助）方式をミックスした形態を骨子にして、65歳老人を優先適用対象とし、次第に45歳以上に対象を拡大適用していく方針が打ち出された（保健社会部公的老人療養保障企画推進団、2004）。最も深刻な問題は老人療養施設と人材の確保の問題であった。これらの問題に対する長期計画を体系的に確立させる為に、政府は「老人医療福祉施設拡充10ヵ年計画」を確立し、年次毎の拡充計画を設定した。特に人材確保の観点では療養保護師教育機関を設立し、療養保護師の養成に努めた。そして2008年7月本格的な老人長期療養保険が施行され、下位法令の制定、および保険料の決定、公団人員の採用および教育、電算システムの開発と教務マニュアル開発などを積極的に推進した。このような過程を経て施設給付長期療養機関は2008年11月30日までに1,649ヶ所の市君区と9,525ヶ所の在宅給付長期療養機関を確保した。

保健福祉家族部は2008年11月26日の長期療養委員会で、2009年老人長期療養保険対象者を当初の18万名から23万名に拡大し、これにより老人長期療養保険の保険率を健康保険料の4.78%とする最終決定を行った。その結果、所得対比は0.206%から0.243%に引き上がることとなるが、長期療養保険対象者の拡大と低所得層の本人負担金の50%軽減、労働許可を持つ外国人労働者の保険料負担の緩和、老人療養施設利用時の等級間の差額縮小などに繋がる重要な要因となった<sup>10)</sup>。

---

10) 保健福祉部、2009年、11月27日報道資料。



### Ⅲ 長期療養保険制度の実際と運営実態

#### 1 長期療養保険制度の実際

韓国の長期療養保険制度は、高齢もしくは老人性疾病などの理由で日常生活の遂行が一人で出来ない高齢者等に提供される。身体介護、家事支援などの長期療養給付に関する事項の規定は、老後の健康増進および生活安定を図ることと、その家族の介護負担を軽減して国民の生活の質を向上させることを目的としている<sup>11)</sup>。長期療養保険制度の拡充は、老人長期保険制度の対象者とサービスの制度化を通じて長期療養の社会的保障を強化する重要な政策の一つである。韓国の長期療養保険制度は、本制度において先行する各国の制度を研究して作られた。特にドイツと日本の制度を研究した上で、作り上げたという経緯がある。中でも日本の介護保険制度については十分な研究が行われた。

#### 1) 長期療養対象者選定基準

韓国の長期療養保険制度の申請資格と給付対象者選定基準はドイツと日本の保険制度とイギリス・スウェーデンでみられる国家保健サービス制度下の長期療養の申請資格と受給者選定基準により範囲が規定された。長期療養保険の受給認定対象はドイツ、イギリス、スウェーデンの場合は、全年齢を対象にする。他方、日本は65歳以上、40歳～64歳老人性疾患を対象としている。韓国の場合は日本と類似していて、65歳以上高齢者および老人性疾患を対象としている。韓国では障害者に対する長期療養保険サービス拡大に関する議論が進行中であるが、障害者規定の範囲が狭いと指摘をうけている。表5に示す通り韓国の場合、長期療養保険制度の受給者選定基準は長期療養認定調査表（ADL 認知機能行動変化など療養要件5領域52項目）を評価基準として使用している。訪問調査結果および地域単位の長期療養等級判定委員

11) 老人長期療養保険法第1条。

表5 国家別受給認定対象範囲

国家別	受給対象範囲	受給者選定基準	65歳以上 高齢者人口に占める サービス 受給者比率
韓国	<ul style="list-style-type: none"> <li>■65歳以上老人</li> <li>■64歳以下老人性疾患を持つ者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価方法: 長期療養認定調査表(ADL, 認知機能 行動変化等療養欲要件 5 領域 52 項目)</li> <li>・訪問調査結果および 地域単位長期療養判定委員会による等級判定</li> <li>・6 ヶ月以上日常生活を 1 人で遂行が難しいと認定される者</li> <li>・1～3 等級区分</li> </ul>	4.4%(2009 年)
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■全年齢</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価方法: 全国的に統一された 30 項目 日常生活動作, 65 項目 家事活動</li> <li>・機能遂行援助に対するスバル時間により 3 等級に区分</li> </ul>	10.3%(2002 年)
日本	<ul style="list-style-type: none"> <li>■65歳以上,</li> <li>■40-64歳老人性疾患患者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価方法: 全国的に統一された要介護認定査定項目 79 項目</li> <li>・訪問後パソコンプログラムによる 1 次判定と介護審査会による 2 次判定</li> <li>・要介護(1～5 等級)と 要支援 (1～2 等級)</li> </ul>	16%(2005 年 5 月)

出典: バクチョンヨン, 2008, 「老人長期療養対象者およびサービス拡大方案研究」国民健康管理公団.

会による等級判定を受けることとなる。

ドイツの評価基準は全国的に統一された30項目の日常生活動作, 65項目の家事活動および日常生活遂行の助けになる介護時間により 3 等級に区分されている。日本の場合も評価基準は全国的に統一されており, 要介護認定査定79項目を使用して訪問調査後, パソコンのプログラムによる 1 次判定と介護認定審査会による 2 次判定を経ていく。その結果を基にして要介護 (1～5 等級) と要支援 (1～2 等級) に区分されている。

## 2) 財政給付方式

老人長期療養保険制度は排泄, 入浴, 炊事, 調理, 洗濯, 掃除, 診療補助, もしくは療養師の相談などを通じて多様な方式で受給者に長期療養サービスを提供している。イギリス, オーストラリア, スウェーデン, そしてノルウェーは長期療養保険の財政給付を国家財政 (国家・地方自治体) で運営している。アメリカとカナダの場合は健康保険の給付の一種として提供する方式を

採択している。他方、韓国は長期療養保険の予算を健康保険からの医療給付負担金と国家支援金そして療養保険料で編成し運営している。

### 3) 長期療養保険制度の給付サービス

長期療養保険制度の給付サービスを国家別に見ると在宅サービスと施設サービスに区分される。韓国の場合は日本とドイツの長期療養保険制度の給付サービスを参考にして両国の給付サービスの形態を統合している。

ドイツにおける在宅サービスは、現物給付および介護家族に対して公的介護保険により必要度に応じて介護手当てが給付されるだけでなく、年金と労災保険の適応もなされている。その上、長期療養必要度が深刻な対象者（認知症高齢者など）に対して追加給付の支給を実施している。施設サービスは入所施設を完備して、障害者支援施設内の長期療養病床を装備している。

表6 国家別長期療養保障制度の給付サービス

区分	在宅サービス	施設サービス
韓国	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 訪問療養/訪問入浴/訪問看護/昼・夜間保護/短期保護/その他在宅給付（福祉用区貸与）</li> <li>■ 特別現金給付</li> <li>■ 家族療養費/特例療養費/療養病院看病費</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 老人福祉法による老人医療福祉施設などで提供される給付</li> <li>■ 老人療養施設/老人療養共同生活家庭</li> </ul>
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 現物給付/現金給付/現物+現金=混合給付/看病人死亡時の 代替給付/福祉用具および看病資料/住居環境改造/看病人社会保障/年金/昼・夜間保護/短期保護/看病人教育/現金給付対象者に対する看護師の定期的な相談および観察/長期療養必要度が深刻な対象者の為の追加給付(例,認知症高齢者など)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 入所施設/障害者支援施設内の長期療養病床</li> </ul>
日本	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 居宅（介護予防）サービス</li> <li>■ 訪問サービス：訪問介護/訪問入浴介護/訪問看護/訪問リハビリテーション/居宅療養管理指導</li> <li>■ 通院サービス:通院介護/通院リハビリ</li> <li>■ 短期入所サービス:短期入所生活介護/短期入所療養介護</li> <li>■ 福祉用具, 住宅改補修サービス</li> <li>■ 特定施設入所者生活介護</li> <li>■ 介護予防支援, 居宅介護支援</li> <li>■ 地域密着型（介護予防）サービス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 老人福祉法による老人医療福祉施設などで提供される給付: 介護高齢者福祉施設/介護高齢者保健施設/介護療養医療施設</li> </ul>

出展：バクゾンヨン、『老人長期療養およびサービス拡大方案研究』国民健康管理公団，2008年12月。

日本の場合は在宅（介護予防）サービスとして障害者訪問サービスと通院サービスおよび短期入所サービスを提供している。その他、福祉用具と住宅改造補修サービスおよび介護予防支援、地域密着型（介護予防）サービスを提供している。施設サービスとしては、老人福祉法に定める介護高齢者福祉施設と介護高齢者保健施設および介護療養医療施設を提供している。

韓国は在宅サービスとしては訪問療養、訪問看護、昼・夜間保護、短期保護制度を施行しておりその他、在宅給付として福祉用具貸与サービスを提供している。家族療養費、特例療養費、療養病院看病費などの特別現金給付を支給している。施設サービスとしては老人福祉法による老人医療福祉施設、老人療養施設および老人療養共同生活家庭などのサービスを提供している。

#### 4) 老人長期療養サービス

老人長期療養サービスの質を管理する体系は国別に違いがある。しかし、サービスの質を評価し向上させて利用者に良質のサービスを提供するという目的は同一である。

日本の場合は介護サービス情報の公表が義務づけられており、都道府県および市町村の監督指導および第三者評価（任意）により実施・監督されている。老人長期療養サービス機関である施設と在宅を対象に管理結果が公開されているので、その水準がわかりやすい。

ドイツは老人長期療養サービスの質と管理が外部評価という形で疾病保険医療業務団（MDK）により実施される。そして施設の不定期調査（数次調査）を実施し、結果を公開して療養給付減算制を適用している。

米国は外部評価と認証制を並行にしている。主に施設中心に管理監督しており、不定期調査も並行している。英国は公的機関による監督の形態を取り、Commission Social Care Inspection（CSCI）で実施している。豪州は老人長期療養サービスの質の管理体系から認証制度の形態をしており The Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd（ACSAA）で実施している。施設の不定期調査を執行することで管理を行っている。

## 2 韓国の長期療養保険制度の運営実態

韓国の長期療養保険制度の運営実態について療養保護申請者、等級判定の現状および療養施設の現状に基づき把握すれば以下のとおりである。

### 1) 申請および等級判定の現状

2008年4月15日から長期療養保険制度の受給者申請を行い始め、2008年11月30日までに集計された者は保健福祉家族部の資料によると302,122名が申請し、約242,080（80％）名が同級判定（1～3等級）された。そして等級外判定を受けた者は60,042（20％）と推算される。

2008年11月30日に等級判定された1～3等級者の構成比率を見ると1等級が58,887名（24.3％）2等級65,540名（27.1％）3等級は117,653名で48.6％となっている。一方、申請者のうちで同級外判定を受けた842名については介護、スバルなどの全段階から福祉予防と支援が必要であると認定された。

等級外判定された者の中で徘徊、暴言、暴行などの認知症の症状が見られる者で介護が必要であるとみなされる場合、等級判定結果に対して異議申請または再申請が可能である。

この数値は当初の予想（2008年度17万名、2009年18万名）より6万名以上増加したこととなる。特に、長期療養保険の受給者は、2008年6月当初までは施設入所者を中心に1日平均4千名程受け付けされていたが、新規利用の申請者は増加傾向である。地域別としてはゼンラナンブク道とキョンサンナンブク道の療養保険受給者の数が多く、実際に等級判定を受けた数も広域市よりも多くなった。

### 2) 長期療養施設の現状

長期療養給付は療養施設給付と在宅給付療養に区分される。

#### （1）施設給付の長期療養機関の現状

療養保険が始まった当初、必要と予想された療養施設の数1,329箇所58,299名であったが、2008年11月30日現在1,649か所で67,183名の入所施設が確保されている。これは当初推定対入所施設の比率の124％、入所定員も

115.4%となっている。施設面から見る限り長期療養の体制は整えられたと見られる。

長期療養機関を形態により区分すると、総施設の数には、老人療養施設が551箇所（33.4%）、老人専門治療療養施設は484箇所（29.4%）、改正法後開設された老人療養施設が338箇所（20.5%）、老人療養共同生活家庭（グループホーム）が276箇所（16.7%）となっている。地域別としてはキョンキド293箇所、カンウォド105箇所、ゾンラブクド141箇所、キョンサンブクド108箇所、キョンサンナンドが101箇所、広域市ではブサン広域市が70箇所を確保しており、これは、ブサンの高齢者人口増加が全国で一番高いことがもたらした結果である

## （2）在宅給付長期療養の現況

2008年11月30日を基準にして在宅給付長期療養を行っている施設は9,515箇所が設置されており、その中で訪問療養は4,053箇所（42.5%）、訪問入浴は2,747箇所（28.9%）である。そして昼間介護は779箇所（8.1%）であり、短期保護629箇所（6.6%）、訪問看護は609箇所（6.4%）、福祉用具は698箇所（7.3%）である。広域市の中ではブサン広域市の在宅給付長期療養機関が706箇所と最も多く、地域的にはキョンキドが1,769箇所、キョンサンブクドが711箇所、ゾンラナンドが650箇所、キョンサンナンド632箇所確保されている。

在宅高齢者には、訪問介護として身体活動と日常生活活動を支援するサービスを行う。このサービスには高齢者の使用物品の準備と後始末、見守り介助が包括的に含まれている。現在、在宅サービスの訪問療養サービスはすべての市君区に最小限1ヶ所以上設置することになっており、全国に総4,053箇所が設置されている。キョンキドでは719箇所、ソウルでは593箇所が設置されている。

訪問入浴サービスは入浴準備、入浴介護（身体入浴・洗髪・洗顔包括）、入浴後の着替え、排泄介護、入浴前後の心身の状態の簡単な観察および測定

表 7 在宅給付長期療養の現況

市君区	計	訪問療養	訪問入浴	昼・夜間保護		短期保護		訪問看護	福祉用具
				施設数	定員	施設数	定員		
全国	9,515	4,053	2,747	779	12,672	629	6,354	609	698
ソウル特別市	1,375	593	401	108	1,860	79	1,479	97	97
ブサン広域市	706	300	194	66	949	34	271	40	72
デグ広域市	538	231	152	37	619	30	235	39	49
インチョン広域市	423	194	130	25	373	28	502	19	27
カンジュ広域市	404	196	98	37	573	16	117	19	38
デソン広域市	363	156	104	23	402	31	280	28	21
ウルサン広域市	146	56	36	21	251	19	124	10	4
キョンキド	1,762	719	516	167	3,156	101	1,125	111	148
カンウォド	379	135	105	32	555	47	422	32	28
チュンチョンブクド	297	130	72	30	469	23	144	18	24
チュンチョンナンド	487	205	166	23	457	25	160	29	39
ソンラブクド	509	227	145	38	607	32	149	25	42
ソンラナンド	650	293	190	61	779	43	271	41	22
キョンスンブクド	711	293	206	56	753	54	503	58	44
キョンスンナンド	632	278	196	40	599	45	480	35	38
ジェジュ特別自治道	133	47	36	15	279	22	92	8	5

出典:保健福祉部、国民健康保険公団、「長期療養機関現況」, 2008年11月30日。

行為も含まれている。訪問入浴施設は全国に2,747箇所が設置されており、キョンキドに516箇所、ソウルに401箇所設置されている。

訪問看護サービスは訪問看護指示書を発行した医師の指示により提供されるサービス（看護、検査関連業務、投薬管理指導）と医師の指示なしで看護師の独自の判断により提供されるサービス（基本看護、教育、訓練、依頼）に区分される。全国的に訪問看護サービスは607箇所が設置されており、キョンキドに111箇所設置されている。

福祉用具の給付実施は受給者の日常生活を補助して自立的な生活を図ろうとすることを目的とし在宅サービスの効果をより効率的にしていけるサービス

である。全国的には698箇所が設置されており、利用の拡大向上の為に公団支社で受給者の福祉用具の利用相談および製品注文申請に対する業務も代行している（チャンゼヒョク，2008）。そして昼・夜間保護と短期保護センターなども運営している。

#### IV 韓国の長期療養保険制度の社会的合意と価値

韓国の老人長期療養保険制度は、日本とドイツの長期療養保険制度を多く取り入れ、また、その他の高齢者福祉制度先進数カ国の長期療養保険制度の内容および体系を参考にしながら、韓国の実情に合わせて実用的に作られた制度である。老人長期療養保険制度に対する国民の意識調査の結果、回答者の86.6%が本人の家族はもちろん、国民すべてに必要だと認識されている<sup>12)</sup>。

長期療養保険制度はこれまで家族に任されていた扶養義務を社会と共同分担することで、社会的福祉厚生を改善することに繋がっていくと考えられる。これにより、高齢者の暮らしの質が改善され、高齢者の心理的な負担が軽減され、老後生活をより安定化させ心理的満足度を高めることに貢献すると考えられている。制度施行前の扶養家族による非専門的な介護が制度施行後の合理的で体系的なトレーニングを受けた専門家による介護サービスを提供させる点で社会的な価値がある<sup>13)</sup>。老人長期療養保険制度がもたらす社会経済的な期待効果と社会的な合意は以下である。

##### 1) 高齢者医療費減少は老人療養サービスの伝達体系の効率化

これまでは、家庭内で介護者の空白または介護施設の不足などにより、医療機関に長期間入院する高齢者の数が多かったが、法施行以降は介護目的の長期入院は療養施設に転換されることとなる。その結果として、長期入院診療費に占める高齢者の医療費が減り、疾病の進行程度および回復状態により急性期病床から療養病院に、療養病院から介護施設へとサービスの伝達体系

12) 国民健康保険公団報道資料，2009年1月30日。

13) ノサンリョン，2008。



が構築されることとなる。

## 2) 私的費用節減による経済的利益

老人長期療養保険制度は高齢者療養にかかる費用を社会保険を通じて共同分担することである。制度が施行される以前は、施設利用費用の全額を本人負担でまかなっていたが、法施行後は本人負担額が80%軽減されることが見込まれる。

## 3) 老人長期療養保険による直接的な雇用創出の効果

2008年12月末まで長期療養サービスを担当する療養保護師として33万5千名が採用された。制度施行前2,522箇所あった長期療養施設が制度施行後の2008年12月末には11,941箇所に、療養機関施設も全国に9400箇所が新設された。療養保護従事者も制度施行前は17,054名だったが、制度施行後84,412名に増加した（国民健康保険公団報道資料2009年4月1日）。

## 4) 老人長期療養保険支出による雇用創出

これまで家族内で高齢者のケアについた者、即ちスバル家族の経済活動の復帰が地域経済の活性化につながると共に療養給付サービスに関する財政支出による経済的な波及効果も現れる。健康保険研究院によると、2009年の療

表8 高齢者療養サービス需要の私的費用節減による経済的便益

（単位:名, 億ウォン）

区分	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
給付対象者数	170,086	178,982	233,607	244,396	255,417
在宅対象者数	91,948	97,167	124,440	139,870	142,335
施設対象者数	78,116	81,815	86,059	104,526	113,083
社会的便益	6,217	13,411	15,227	18,062	19,670
在宅サービス社会的便益	2,531	5,460	6,199	7,353	8,008
施設サービス社会的便益	3,686	7,951	9,028	10,708	11,662

注：上の資料は2007年基準,推定基準に基づく。

出典: 国民健康保険公団内部資料, 2008.

表9 長期療養保険の雇用創出効果

区分	制度施行前 (2007年12月)	制度施行後 (2008年12月)	増加数
長期療養機関(箇所)	2,522 箇所	11,941 箇所	9,419 増加
関連人員(名)	23,535 名	124,257 名	100,722 増加
療養保護師従事者(名)	17,054 名	84,412 名	67,358 増加
長期療養機関その他従事者(名)	6,481 名	30,221 名	23,740 増加
療養保護師教育機関従事者(名)	—	7,588 名	7,588 増加
福祉用具事業従事者(名)	—	1,000 名	1,000 増加
公団長期療養管理要員(名)	—	1,036 名	1,036 増加

出典：国民健康保険公団報道資料，2009年4月1日。

養給付サービスへの総受給額が1兆5千億ウォンでありそれが財政支出計画により執行される場合，約2兆5千億ウォンの生産誘発効果が現れ，約1兆2千億ウォンの付加価値が起きると推定されている。

#### 5) 年齢・学歴制限の無い韓国の療養保護師

韓国では，性別・年齢・学歴を問わず，療養保護師の教育を受け資格を取得すれば，療養保護師として働くことが出来る。つまり，療養を必要とする家族を持つもの自身が療養保護師となり，自らの家族の療養を行うことがで

表10 老人長期療養保険支出による経済的波及効果

(単位:百万ウォン)

区分	2009年	2010年	2011年	2012年
最終需要額(療養給付費)	1,463,231	1,661,284	1,979,585	2,146,109
生産誘発効果	2,513,489	2,853,697	3,385,004	3,686,513
付加価値誘発効果	1,243,553	1,411,872	1,674,737	1,823,909

出典：韓国銀行2007年発表の産業連関表「医療,保健および社会保障部分」誘発係数を適用し算出。

き、これまで高齢者扶養に伴い起こっていた家庭内での老人扶養にかかわる問題が改善されることが期待される。また、この制度により新たな産業の創出と就業機会増加の効果が期待されるが、専門性に欠けるとの指摘も多数ある。

## V 結論

老人長期療養保険制度は急速な高齢化過程にある韓国の高齢者の生活の質を改善するためだけではなく、国民の理解のもとに、社会的に高齢者扶養を担うという社会保険制度としての性格を持っている。特に家族、親戚など私的領域から放任されつつある高齢、認知症、脳血管障害など長期療養および介護問題を社会連帯により国家と社会が分担する意味は、老親は家族が最後まで世話をするという儒教的な慣習がある韓国家族社会の大きな転換を意味する。

韓国の長期療養保険制度は福祉先進国の日本・ドイツをモデルとして設計された保険法であり、制度的な観点では社会福祉の利用者である家族を、社会福祉の従事者と成しえることが大きな成果であるとの評価もできる。

長期療養保険制度の運営において一早く体系的な制度運営を設定し、初期に予想した療養施設および療養関連専門家確保の超過達成を成しえた。韓国の長期療養保険制度は老人医療費減少、老人療養サービスの伝達体系の効率化、私的費用支出の節減による経済的な利益をもたらすことも予想されている。また、長期療養保険制度に基づき直接的な雇用創出効果をももたらしている。本制度施行による長期療養施設の投資でスバル家族が経済活動に復帰することで、地域経済の活性化に繋がるとの見方もある。介護サービスにかかわる人材においては、療養保護師は年齢・学歴の制限がないため、高齢女性の雇用創出の効果が予想されているが、実際には専門性に欠けるとの反論も提起されており、高齢助成の雇用創出につながるかどうかは不明確である。

2007年8月からスタートした長期療養保険制度が急速な高齢化と高齢者扶

養費増加, 高齢者医療費増加, 家族の介護負担の増加などの高齢者関連の社会問題を解決できる一つの代案になれるかどうかは, これからの制度運用, 安定した人材の確保, 財源の確保, サービスの地域格差の縮小などを実現できるかにかかっている。その意味でこの制度は様々な課題をはらんでいるといつてよい。特に, 財源の確保は今後の政府にとっての大きな課題となると見込まれる。

施行2年目となる2009年の調査によると, 老人長期療養制度の満足度は, 施行1年目の2008年よりも増加傾向にあり, 現時点では今後の高齢者介護問題の社会的な解決方法のひとつの方向性を提示したといえるが, さらなる少子・高齢化の進行が見込まれる中, 変化に応じた制度の拡充を, 韓国の国民性, 宗教(儒教)を考慮した中で実施する必要があると考えられる。

#### 【参考文献】

- KANINOK 外3, 2007.『老人長期療養保険対象者のサービス利用現況および全般施設構築方案』研究報告書, 国民健康管理公団.
- 健康保険審査評価院, 2001-2003.『健康保険審査評価推計年報』
- 健康保険審査評価院, 2004.『2004年健康保険審査評価推計指標』
- 健康保険審査評価院, 2007.『2005年~2006年健康保険推計指標』
- 国民健康保険公団, 長期療養保険ホームページ <http://www.longtermcare.or.kr>
- 国民健康保険公団報道資料 2009/1/29.
- KONSUNMAN, 2008. “長期療養保険の政策課題”『健康保険ポータル』冬号, 第7冊 第4号.
- KONZINHI 外2007.『老人長期療養サービス質評価体系構築方案』研究報告書, 12月国民健康保険公団.
- NOSANYUN, 2008. “老人長期療養保険導入による社会経済的便益分析”『健康保険ポータル』秋号.
- PARKGYONYON 外, 2008.『老人長期療養保険対象者およびサービス拡大方案研究』12月国民健康保険公団.
- PARKGYONYON, 2008.『老人長期療養保険対象者およびサービス拡大方案研究』

- 12月国民健康保険公団, 研究報告書 12月.
- 保健福祉家族部. 国民健康保険公団. 2008『2008 長期療養機関現況』11月30日.
- 保健福祉家族部. 報道資料 2008/11/27
- 保健福祉家族部. 2009.『市君区別 等級判定結果現況』
- 保健福祉部. 2006.『推計庁資料および低出産高齢社会基本対比深層分析』11月.
- SONUDONK. 2008. “韓国老人長期療養保険制度の実状と発展的模索”『韓日国際交流シンポジウム』韓国社会福祉学会春系学術大会.
- YANZYUNSOKON, 2009. “高齢化社会, 社会安全網としての老人長期療養保険制度, 果然, いい方向に行っているのか? 『福祉動向』1月.
- LEEMIZHIN. 2008. “長期療養保険制度の問題点および改善方向”『福祉動向』11月.
- CHANZEIHYOK. 2008. “老人長期療養保険推進現況と発展方向”『保健福祉ポータル』夏号.
- 推計庁,『将来人口推定』, 2006.
- OECD. 2008. Economic Outlook.